

Tunisie

Enquête Démographique et de Santé en Tunisie 1988

RESUME



UNICEF/BOUHAFA

Ce rapport résume les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 1988 en Tunisie (EDS) réalisée par l'Office National de la Famille et de la Population. Cette enquête a été exécutée avec l'assistance de l'USAID et de l'Institute for Resource Development. Le projet IMPACT du Population Reference Bureau a fourni les moyens pour l'édition et la production de ce résumé.

L'enquête tunisienne fait partie du projet mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) qui a pour but la collecte de données sur la fécondité, la planification familiale et la santé maternelle et infantile.

Des informations complémentaires sur l'EDS peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Population de l'Office National de la Famille et de la Population, 42, Avenue de Madrid, B.P. 55, le Belvédère 1002, Tunis, Tunisie. (Telex 15164TN).

D'autres informations sur le programme mondial d'EDS peuvent être obtenues en écrivant à : DHS, Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, U.S.A. (Telex 87775).

Décembre 1989

SOMMAIRE

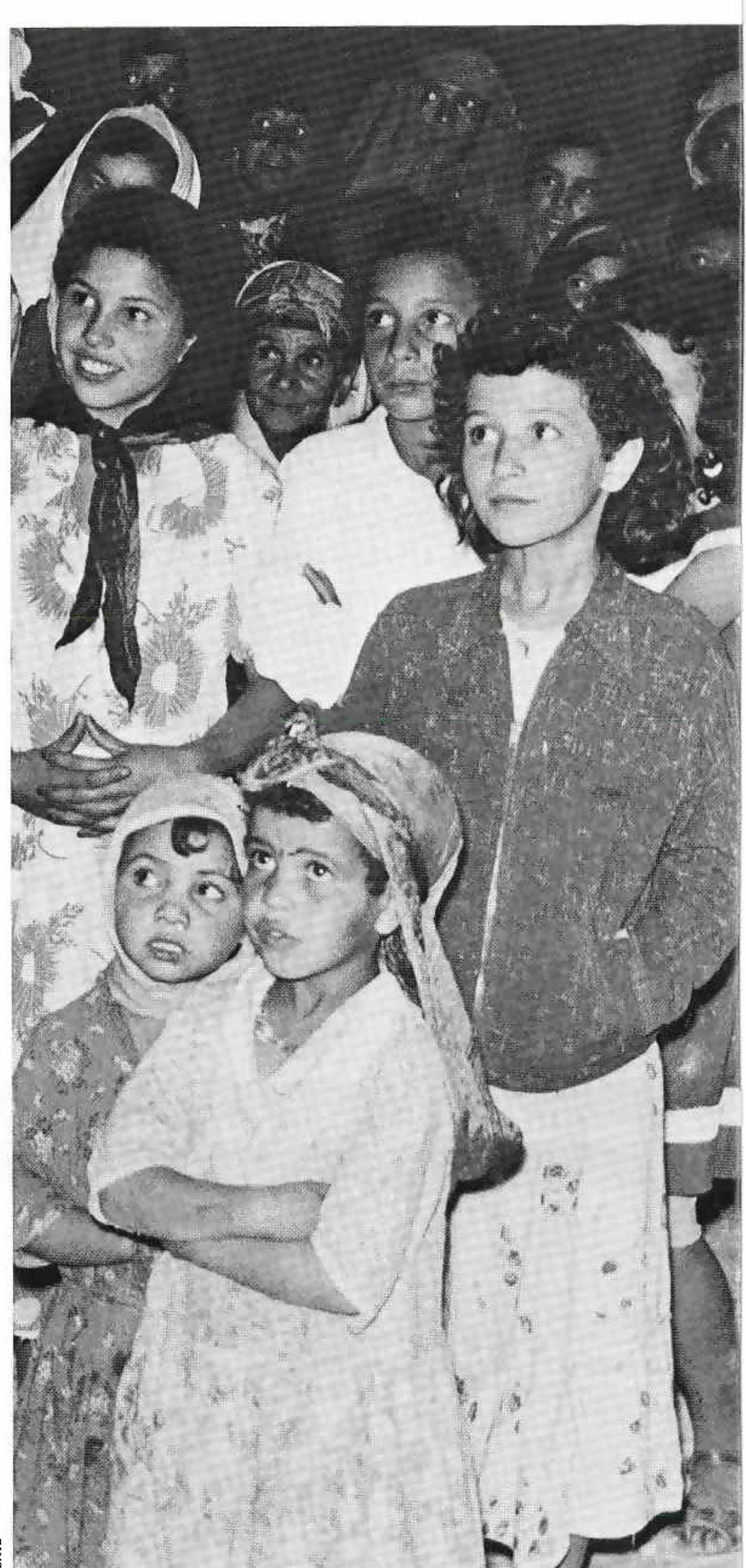
L'Enquête Démographique et de Santé de 1988 en Tunisie (EDS) permet de mieux connaître l'évolution de plusieurs indicateurs importants tant démographiques que sanitaires depuis l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité de 1978 (ETF), ainsi :

- les taux de mortalité des enfants ont régulièrement baissé ;
- les taux de fécondité sont passés en moyenne de 5,7 à 4,3 enfants par femme ;
- les femmes âgées de moins de trente ans se marient de plus en plus tard et ont moins d'enfants que leurs aînées ;
- l'utilisation de la contraception chez les femmes mariées est passée de 31 pour cent à 50 pour cent.

Cependant, en raison des niveaux peu élevés de la mortalité, le taux de croissance de la population reste encore élevé.

Les principaux résultats de l'enquête sont les suivants :

- *Mortalité des enfants :* Près d'un enfant sur 15 meurt avant d'avoir atteint son cinquième anniversaire.
- *Consultations prénatales et assistance à l'accouchement :* En milieu rural, les mères de



USAID

la moitié des enfants de moins de cinq ans ont eu un accouchement sans assistance médicale, et plus de la moitié d'entre elles ne sont allées à aucune consultation prénatale durant leur grossesse.

- *Santé de l'enfant :* Un enfant tunisien sur cinq de moins de cinq ans a eu la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête. La plupart des enfants (84 %) âgés de 12 à 23 mois pour lesquels on a pu vérifier le carnet de santé ont été vaccinés contre les six maladies infantiles graves, mais seulement un tiers des enfants de moins de cinq ans est protégé contre le tétanos néonatal.
- *Fécondité non désirée :* Les femmes en général ont plus d'enfants qu'elles n'en désirent. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, le taux de fécondité serait inférieur de 16 pour cent.
- *Allaitement maternel :* Plus de la moitié des femmes allaitent leur enfant pendant au moins une année, ce qui a pour effet d'allonger la période d'infécondité postpartum et d'améliorer la nutrition et la santé des nouveaux-nés.

L'EDS a montré que les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont plus élevés pour les enfants :

- du milieu rural ;
- dont les mères sont analphabètes ;
- qui sont nés dans un intervalle de moins de deux ans ; ou
- dont les mères étaient âgées de plus de quarante ans ou de moins de vingt ans à la naissance.

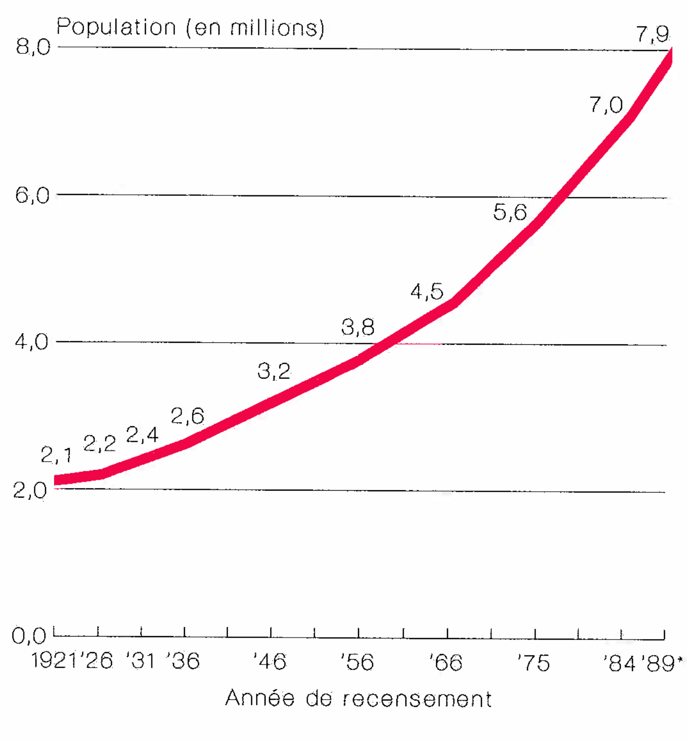
Beaucoup d'enfants meurent dans le mois suivant leur naissance, ce qui montre qu'il est nécessaire d'améliorer la surveillance prénatale et l'assistance à l'accouchement.

En ce qui concerne la planification familiale, la moitié des femmes mariées utilisent la contraception, surtout le DIU et la stérilisation féminine. La pratique contraceptive est moins répandue parmi les femmes du milieu rural et parmi les femmes non instruites ainsi que dans les régions du Centre Ouest et du Sud. Le secteur public et les pharmacies sont les principales sources d'obtention des services de planification familiale. Les femmes ressentent les effets secondaires, l'échec ou les difficultés d'utilisation des méthodes contraceptives comme des problèmes potentiels associés à la planification familiale, ce qui montre qu'il y aurait avantage à améliorer l'information sur les méthodes de contraception. Pratiquement toutes les femmes ont estimé qu'il est tout a fait acceptable que les mass média parlent de la planification familiale.

Près de deux femmes mariées sur cinq pourraient être des utilisatrices potentielles des services de planification familiale ; cependant, moins de la moitié d'entre elles ont l'intention d'utiliser la planification familiale dans le futur.

L'EDS montre clairement que la vie des femmes et des enfants s'est améliorée de manière régulière au cours des dix années écoulées. Elle permet de mieux orienter les efforts des responsables pour aider les couples à avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et pour protéger la santé de leurs enfants.

Graphique 1
Croissance de la population 1921-1989



Caractéristiques Générales de l'Echantillon

L'Enquête Démographique et de Santé de 1988 en Tunisie fournit aux décideurs et aux responsables de la planification économique et sociale des informations essentielles sur la fécondité, la planification familiale, la mortalité infantile et juvénile, la santé de la mère et de l'enfant et les facteurs qui leur sont liés. Elle a été exécutée par l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP). Elle a été menée auprès d'un échantillon représentatif au niveau national de 4 184 femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans qui ont été enquêtées entre juin et octobre 1988. Les interviews des mères ont permis d'obtenir des informations sur la santé de 4 435 enfants de moins de cinq ans. Les mesures anthropométriques de 1 996 enfants âgés de 3 à 36 mois ont été relevées et comparées à une norme internationale.

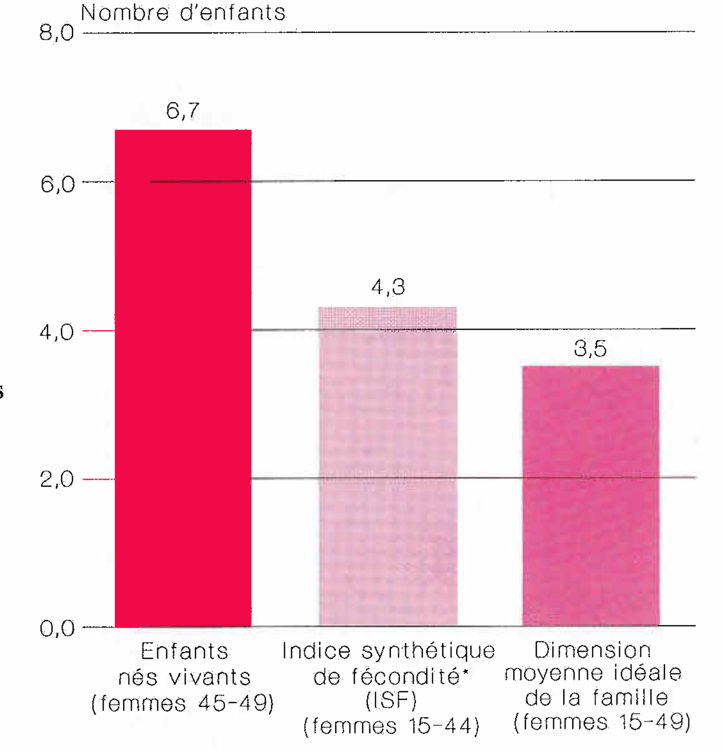
On estime que la population de la Tunisie, qui s'élève actuellement à 7,9 millions (voir Graphique 1), a un taux de croissance annuel de 2,15 pour cent (INS, 1988). Si ce rythme continuait, il en résulterait un doublement de la population d'ici 32 ans.

FÉCONDITÉ

La fécondité a baissé de 25 pour cent durant les dix dernières années, passant d'une moyenne de 5,7 enfants par femme de 15 à 44 ans en 1978 à 4,3 en 1988 (voir Graphique 2, Indice Synthétique de Fécondité : ISF).

Le facteur différentiel de la fécondité le plus significatif est le niveau d'instruction. En effet, aux niveaux actuels de fécondité, les femmes sans instruction (soit 60 pour cent de l'échantillon) auront deux fois plus d'enfants que les femmes qui ont au minimum une éducation secondaire (ISF de 5,1 enfants et 2,5 respectivement). On constate aussi que dans les conditions actuelles, les femmes du milieu rural (soit 41 pour cent de l'échantillon) auront environ deux enfants de plus que celles du milieu urbain (ISF de 5,7 enfants et 3,4 respectivement).

Graphique 2
FÉCONDITÉ ACTUELLE ET PASSÉE ET DIMENSION IDÉALE DE LA FAMILLE

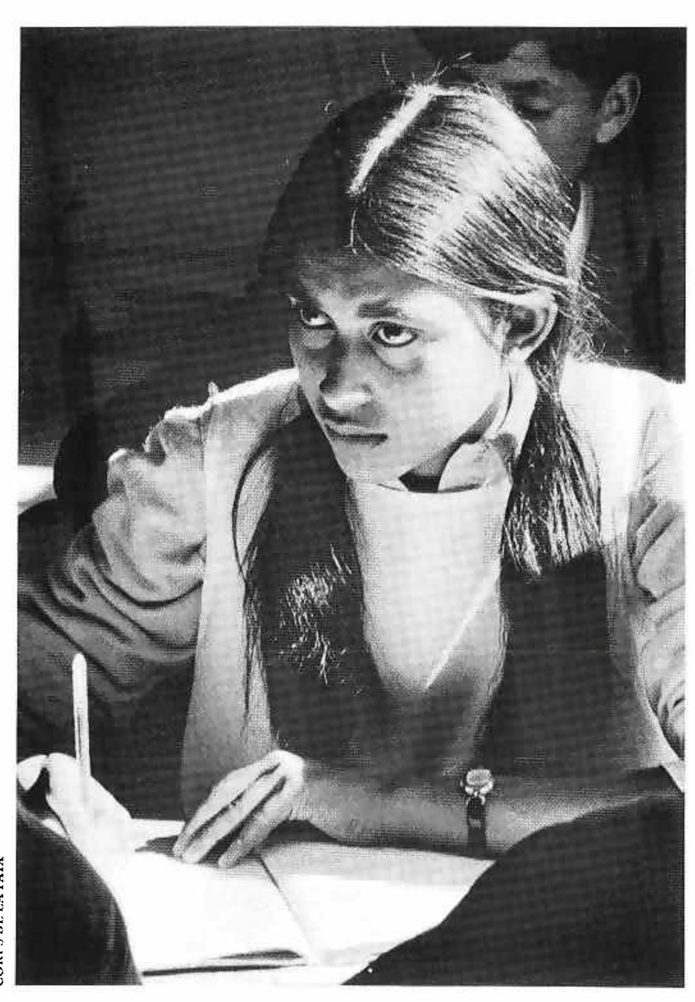


*Taille prévisible de la famille complète

Tunisie EDS 1988

Facteurs déterminants de la fécondité

Les résultats de l'enquête mettent en évidence plusieurs facteurs qui influencent directement les niveaux et les tendances de la fécondité en Tunisie. Il s'agit de : l'âge au mariage, l'allaitement maternel, la durée de la période d'infertilité postpartum, les désirs en matière de fécondité et l'utilisation de la contraception.


CORPS DE LA PAIX

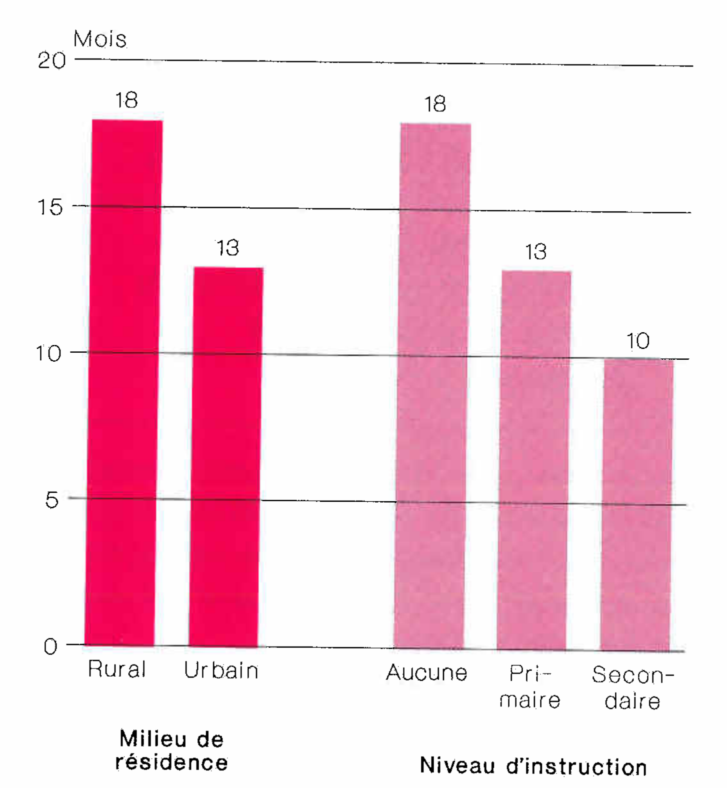
Age au mariage et à la première naissance

L'une des raisons de la baisse de la fécondité vient de ce que les femmes se marient plus tard et par conséquent retardent l'arrivée de leur première naissance. On a trouvé dans l'EDS que les femmes qui se marient plus tard ont en général moins d'enfants que celles qui se marient jeunes. Ceci vient surtout du fait qu'elles sont en union pendant une durée plus courte.

De nos jours, le modèle de comportement qui domine chez les Tunisiennes est le suivant : elles se marient à 21 ans (âge median) et ont une première naissance environ deux ans après ; les jeunes femmes ont leurs enfants plus tard que leurs aînées ; les femmes âgées de 25 à 29 ans ont eu leur premier enfant 2 à 3 ans plus tard que les femmes ayant de 35 à 49 ans au moment de l'enquête.

Cependant, les mariages et les naissances précoces sont encore fréquents, en particulier chez les femmes sans instruction. Parmi les femmes enquêtées, une sur six s'est mariée avant l'âge de 18 ans et environ autant ont eu une première naissance avant 20 ans. La législation qui a relevé l'âge minimum au mariage à 17 ans pour les femmes semble avoir eu un certain effet puisqu'il y a maintenant très peu de femmes qui se marient avant 15 ans.

Graphique 3
DURÉE MOYENNE DE L'ALLAITEMENT SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION



Tunisie EDS 1988

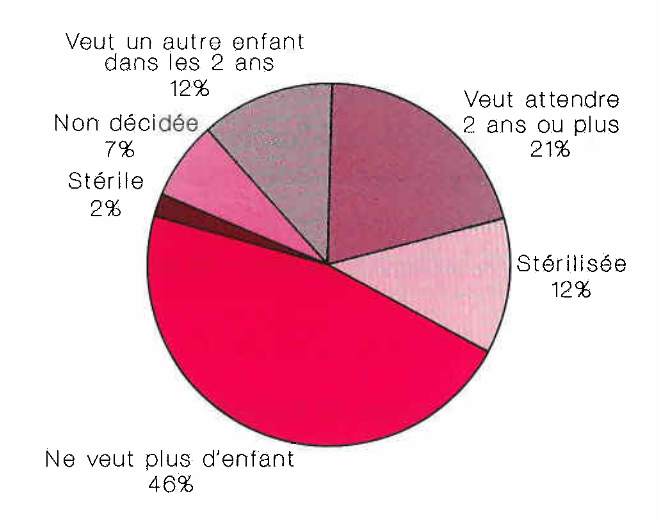
Allaitement maternel et infécondité postpartum

L'allaitement maternel a pour effet d'allonger la période d'infécondité naturelle qui suit la naissance et durant laquelle la femme ne peut pas être enceinte. Les femmes tunisiennes allaitent en moyenne leur enfant pendant 16 mois, mais la durée d'allaitement est plus courte en milieu urbain et parmi les femmes instruites (voir Graphique 3). La durée d'aménorrhée postpartum — c'est-à-dire l'absence des règles qui est liée à la période d'infécondité postpartum — est en moyenne de sept mois.

Préférences en matière de fécondité

Beaucoup de femmes tunisiennes choisissent d'avoir une petite famille. Les femmes âgées de 15 à 24 ans ont déclaré que leur nombre moyen d'enfants

Graphique 4
PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ
(femmes mariées de 15–49 ans)



Tunisie EDS 1988

préféré serait de trois enfants comparé à quatre enfants pour les femmes âgées de 45 à 49 ans. De la même manière, les femmes du milieu urbain désirent avoir trois enfants alors que les femmes du milieu rural en voudraient quatre.

L'enquête a montré que plus de trois femmes mariées sur quatre aimeraient limiter ou espacer leurs grossesses. Presque la moitié (46 %) des femmes mariées disent qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants. Il faut y ajouter 12 pour cent de femmes mariées qui sont déjà stérilisées. Une femme mariée sur cinq (21 %) voudrait retarder sa prochaine grossesse d'au moins deux ans. (voir Graphique 4).

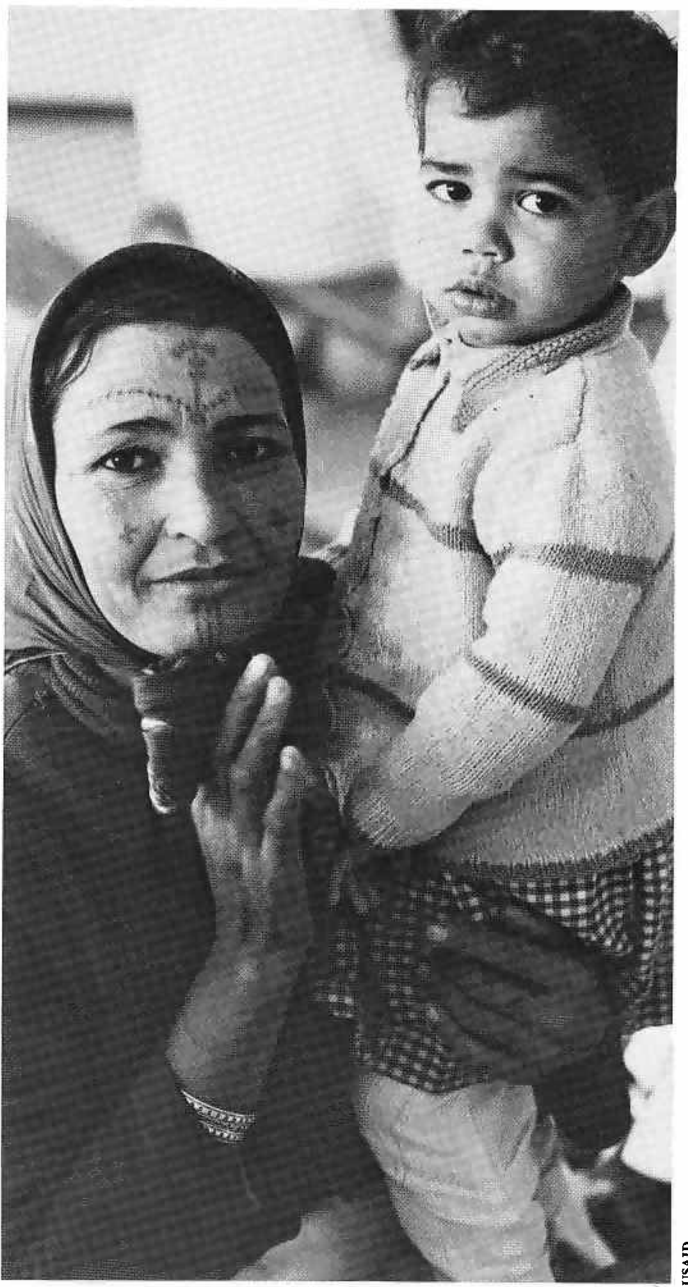
Plus de trois femmes mariées sur quatre voudraient limiter ou espacer leurs grossesses.

On réduirait le nombre de naissances non désirées ou mal planifiées si l'on donnait aux femmes les moyens de réaliser la dimension de famille qu'elles désirent ou d'espacer à leur gré leurs grossesses en leur facilitant l'accès à l'utilisation de la planification familiale. En effet, les mères ont reconnu que dans les cinq années avant l'enquête, 13 pour cent de naissances n'avaient pas été désirées et 20 pour cent auraient pu être retardées. Si les femmes avaient seulement eu les naissances qu'elles désiraient, le taux de fécondité aurait été inférieur de 16 pour cent.

CONTRACEPTION

Connaissance des méthodes contraceptives

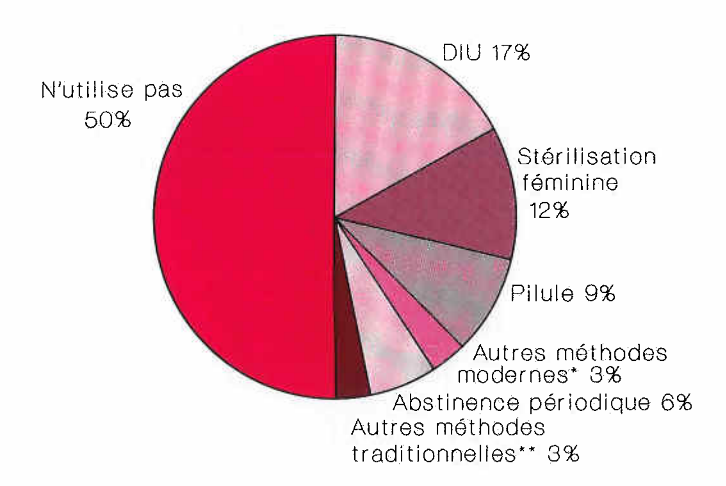
Pratiquement toutes les femmes mariées (99 %) ont entendu parler d'au moins une méthode contraceptive et presque toutes (96 %) connaissent un endroit où elles peuvent obtenir des informations ou des services pour au moins une méthode. Parmi les femmes mariées, les méthodes modernes les plus connues sont, dans l'ordre décroissant, la pilule (96 %), la stérilisation féminine (96 %), le stérilet (95 %), le préservatif masculin (66 %), les méthodes vaginales (61 %) et l'injection (59 %). Neuf femmes mariées sur dix ont entendu parler d'au moins une méthode traditionnelle — il s'agit surtout de l'abstinence périodique et du retrait.


USAID

Perception des problèmes liés à la contraception

On a demandé ensuite aux femmes qui avaient reconnu une méthode — ce qui ne veut pas dire qu'elles l'avaient utilisée — de citer, s'il y en avait, les principaux problèmes liés à son utilisation. S'il est vrai qu'environ 30 pour cent de celles qui connaissaient le DIU ne lui attribuaient aucun problème, par contre, plus de 40 pour cent pensaient que son utilisation était liée à des effets secondaires ou à de mauvaises expériences. Alors que presque 60 pour cent des femmes citaient ces mêmes problèmes pour la pilule, environ 20 pour cent pensaient qu'il n'y avait aucun problème lié à la méthode et au moins autant ont répondu de ne pas savoir. Environ 40 pour cent de celles qui connaissaient la stérilisation féminine ont déclaré que son utilisation ne posait aucun problème, mais 25 pour cent citaient

Graphique 5
UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION
(femmes mariées de 15–49 ans)



*Y compris: condom, injection, autre
**Y compris: retrait, autre

Tunisie EDS 1988

des effets secondaires et des mauvaises expériences. Presque un cinquième des femmes qui connaissaient l'abstinence périodique ont dit que c'était une méthode peu efficace ; enfin, plus d'un quart des femmes pensaient que le condom et le retrait étaient des méthodes peu agréables à utiliser.

Pour les méthodes les moins connues — la vasectomie, les implants sous-cutanés, les injections, les méthodes vaginales et les condoms — la plupart des femmes ont déclaré qu'elles ne leur poseraient aucun problème d'utilisation, mais on ne sait pas si cela ne provient pas d'un manque de connaissance ou d'expérience concernant ces méthodes.

La moitié de toutes les femmes mariées utilisent la contraception, en particulier le DIU et la stérilisation féminine.

Exposition à l'information en matière de contraception

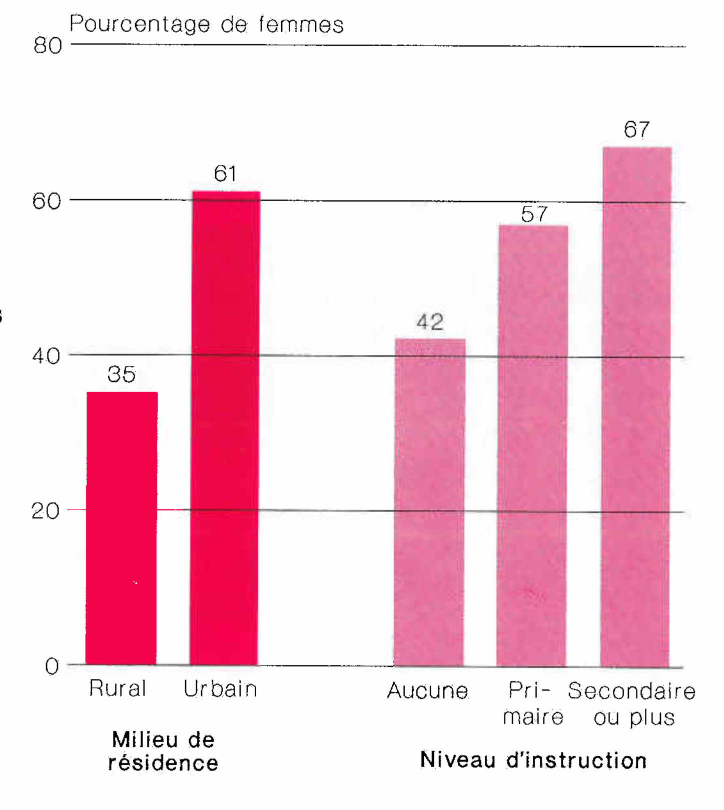
Plus de trois femmes sur cinq parmi les enquêtées ont déclaré qu'elles avaient entendu des informations sur la planification familiale à la radio, à la télévision ou dans des réunions au cours du mois précédant l'interview. Il s'agissait plus fréquemment des femmes résidant en milieu urbain ou ayant un niveau d'instruction primaire ou supérieur plutôt que des femmes de milieu rural ou analphabètes. Presque toutes les femmes interviewées (90 %) ont dit qu'elles considéraient que la couverture de la planification familiale par les mass média était satisfaisante.

Utilisation de la contraception

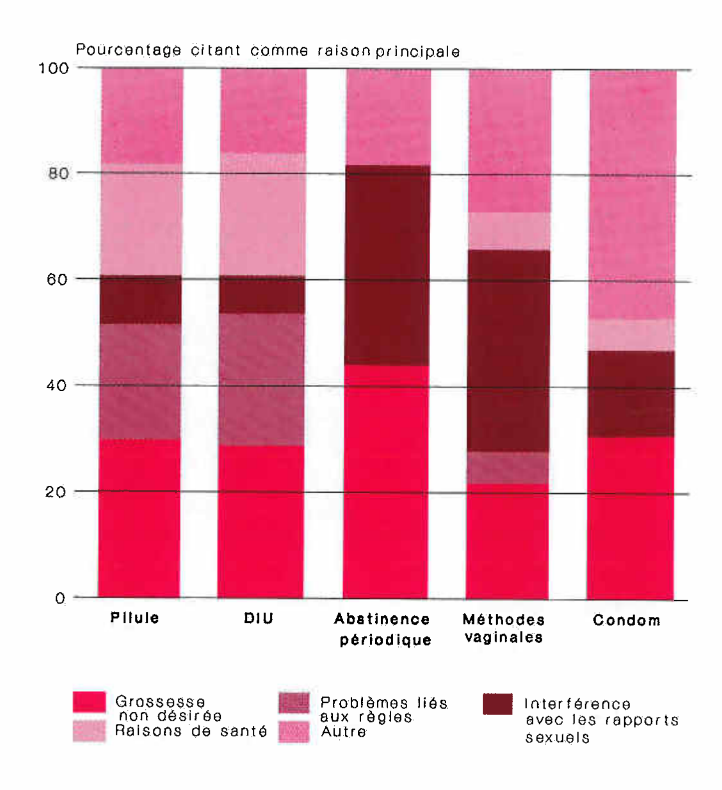
La prévalence de la contraception chez les femmes mariées a augmenté rapidement au cours des dix dernières années : elle est passée de 31 pour cent en 1978 à 50 pour cent en 1988. Plus des deux tiers des femmes mariées ont utilisé une méthode contraceptive à un moment ou à un autre. La plupart des utilisatrices actuelles ont recours aux méthodes modernes (voir Graphique 5). Le DIU est la méthode la plus populaire (17 %), suivi par la stérilisation féminine (12 %) et la pilule (9 %). L'utilisation des autres méthodes est extrêmement limitée : environ un pour cent des femmes mariées ont utilisé le condom ou l'injection comme méthode de contraception. A peu près neuf pour cent des femmes mariées utilisent des méthodes traditionnelles, en particulier l'abstinence périodique (6%).

L'utilisation de la contraception, tout comme la fécondité, varie considérablement selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction. Elle est 75 pour cent plus élevée parmi les femmes mariées résidant en milieu urbain que parmi les femmes du milieu rural (voir Graphique 6). On trouve les plus hauts niveaux d'utilisation de la contraception à Tunis (64 %) et dans le Nord Est du pays (57 %). La pratique de la contraception est modérée dans le Nord Ouest (51 %) et dans le Centre Est (49 %) ; elle est la plus faible dans le Sud (41 %) et dans le Centre Ouest (32 %).

Graphique 6
UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION
(femmes mariées de 15–49 ans)



Graphique 7
RAISONS D'ABANDON DE LA CONTRACEPTION
(femmes ayant abandonné l'utilisation de la contraception dans les 5 années avant l'enquête)



L'utilisation des méthodes de planification familiale est presque 60 pour cent plus élevée parmi les femmes mariées de niveau d'éducation secondaire que parmi les femmes sans instruction. Ces dernières utilisent moins fréquemment le DIU, la pilule ou l'abstinence périodique que les femmes qui ont été à l'école ; par contre, les femmes sans instruction ont plus souvent recours à la stérilisation féminine.

Peu de femmes utilisent la contraception avant d'avoir mis au monde un premier enfant. Cependant, les femmes utilisent de plus en plus la contraception pour des raisons d'espacement aussi bien que d'arrêt. Parmi les femmes stérilisées, la moitié avaient 33 ans ou moins au moment de l'intervention, ce qui montre que la stérilisation joue un rôle important comme méthode d'arrêt.

Sources des méthodes contraceptives

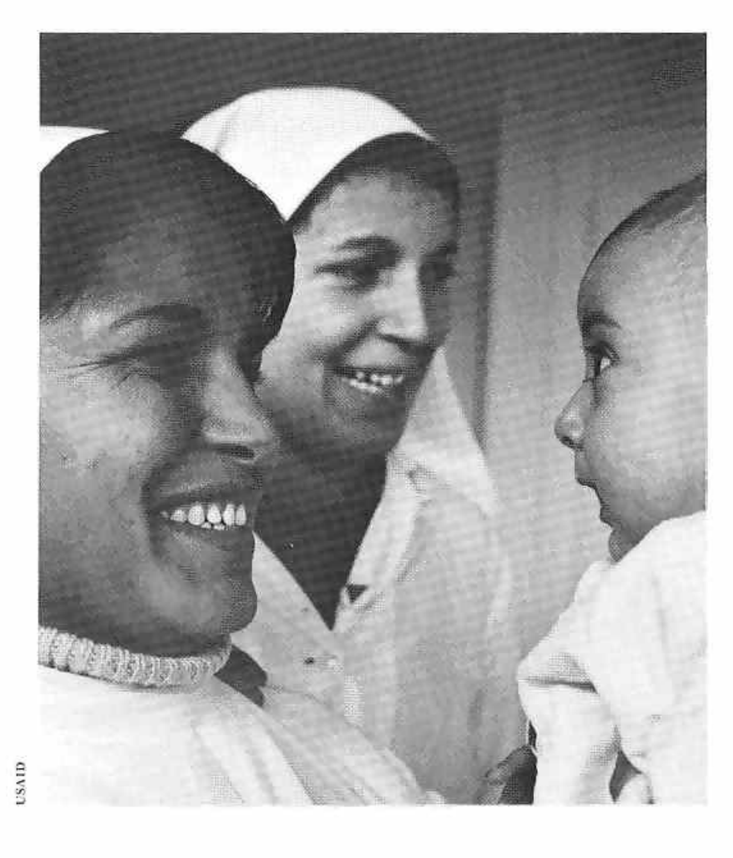
Trois femmes sur quatre qui utilisent la contraception ont obtenu leur méthode auprès des services du secteur public ; il s'agit surtout des hôpitaux, des maternités, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), du Centre Régional de l'Education et du Planning Familial (CREPF) de l'Office National de la Famille et de la Population

(ONFP), des Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des dispensaires. Environ neuf femmes sur dix utilisant le DIU ou ayant été stérilisées ont eu recours au secteur public. Une femme sur quatre s'approvisionne auprès du secteur privé : il s'agit surtout des pharmacies pour la pilule, les condoms et les méthodes vaginales. A l'heure actuelle, les médecins, les sages-femmes et les cliniques du secteur de libre pratique jouent un rôle limité dans la diffusion des méthodes de planification familiale, sauf pour l'injection. Cependant, l'ONFP commence à s'intéresser à la participation du secteur privé dans la distribution des services à travers un programme de marketing social.

Raisons d'abandon de la contraception

Parmi les femmes qui ont abandonné la contraception dans les cinq années qui ont précédé l'enquête et qui utilisaient l'abstinence périodique et le retrait, plus de deux sur cinq ont invoqué comme principale raison d'abandon une grossesse non désirée. C'est également pour cette même raison qu'environ trois femmes sur dix ont abandonné l'utilisation des condoms, de la pilule ou du DIU (voir Graphique 7). Des problèmes liés aux règles ont été cités par plus d'une femme sur trois qui avaient utilisé l'injection et par plus d'une femme sur cinq qui avaient utilisé la pilule ou le DIU. Une utilisatrice sur cinq du DIU et de la pilule a dit qu'elle avait arrêté pour des raisons de santé. La gêne dans les rapports sexuels a été mentionnée par plus de trois utilisatrices sur dix des méthodes vaginales, de l'abstinence périodique et du retrait.

S'il est vrai que les femmes semblent être satisfaites de leur choix en matière de contraception, ces résultats font aussi apparaître, du moins pour certaines femmes, un manque d'information sur les risques relatifs de la contraception et de l'accouchement, sur l'utilisation correcte des méthodes contraceptives, sur leurs effets secondaires et leur efficacité relative. Il serait aussi nécessaire de mieux conseiller les femmes pour s'assurer qu'elles choisissent la méthode la plus appropriée à leur situation.


USAID

Intention d'utilisation future des méthodes contraceptives

On estime que plus de deux femmes sur dix devraient recourir à la contraception parce qu'elles sont fertiles, ne sont pas des utilisatrices actuelles et, soit ne désirent pas d'autres enfants, soit ne veulent pas être enceintes immédiatement. Cependant, seulement

On estime que presque deux femmes mariées sur cinq pourraient utiliser des services de planification familiale et ne le font pas.

la moitié de ces femmes ont l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur. Parmi les femmes qui ont l'intention d'utiliser la contraception, trois sur cinq ont cité le DIU, la pilule ou la stérilisation féminine. Un effort spécifique devrait être fait pour mieux suivre et mieux conseiller en matière de contraception les femmes qui risquent d'avoir une grossesse non désirée et qui n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception — environ 20 pour cent de l'ensemble des femmes mariées.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Mortalité infantile et juvénile

Les taux de mortalité infantile et juvénile continuent de baisser régulièrement en Tunisie, où ils sont maintenant au niveau le plus bas d'Afrique du Nord. Au moment de l'enquête, un enfant sur cinq mourait avant d'atteindre son cinquième anniversaire (voir Graphique 8). C'est encore un taux plus de cinq fois supérieur à celui des pays développés. Le taux de mortalité néonatal (décès des enfants au cours du premier mois de la vie) a baissé plus lentement que le taux de mortalité post-néonatal (1 à 11 mois) et que le

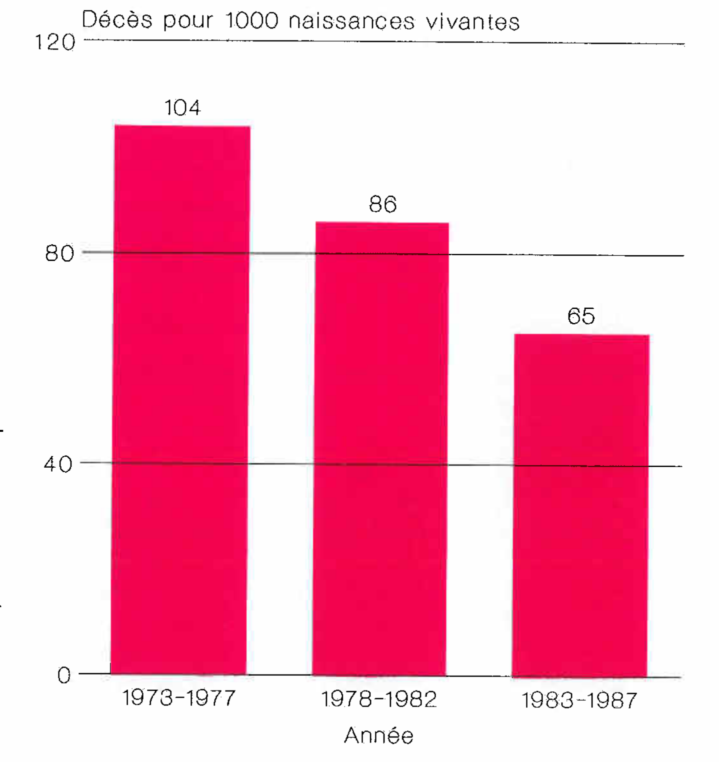
Les taux de mortalité infantile et juvénile ont baissé régulièrement en Tunisie.

taux de mortalité juvénile (0 à 4 ans) ; cela montre qu'il faut accentuer les efforts en matière de surveillance prénatale, y compris la vaccination contre le tétanos néonatal.

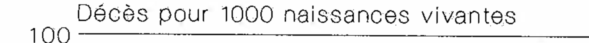
Les résultats de l'EDS mettent en évidence un certain nombre de facteurs qui sont directement liés à la survie de l'enfant :

- *Milieu de résidence :* Le taux de mortalité infantile est plus de 25 pour cent plus élevé parmi les enfants qui habitent en milieu rural que parmi les enfants de milieu urbain. Les enfants qui habitent dans le Sud, le Centre Ouest et le Nord Ouest ont les taux de mortalité les plus élevés.

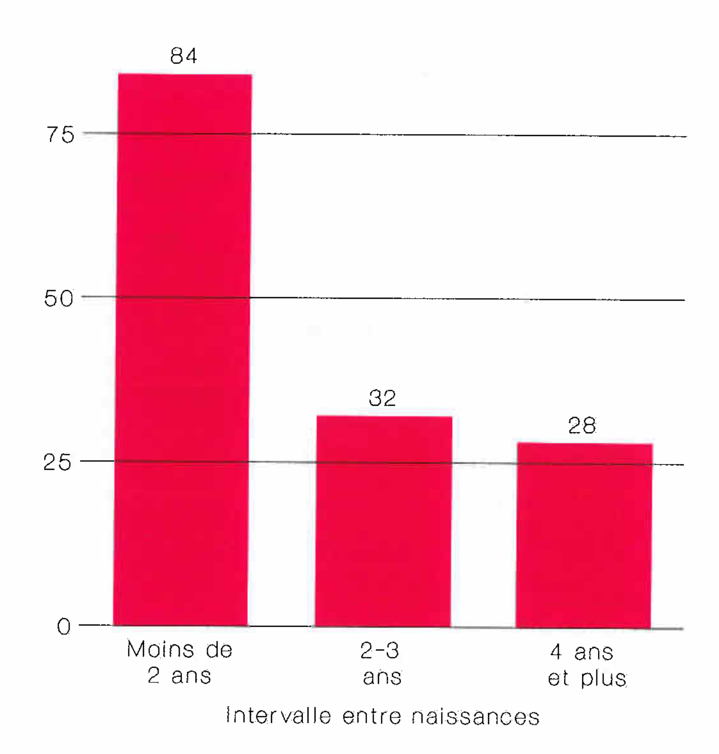
Graphique 8
EVOLUTION DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS
(décès parmi les enfants de moins de 5 ans)



Tunisie EDS 1988



Graphique 9
Espacement des naissances et mortalité infantile
(décès parmi les enfants de moins d'un an)



Tunisie EDS 1988

- *Niveau d'instruction de la mère :* Les enfants nés de mères sans instruction courent presque deux fois plus de risques de mourir avant leur premier anniversaire que ceux dont les mères ont suivi au moins l'enseignement secondaire.
- *Espacement des naissances :* Les enfants nés moins de deux ans après une naissance précédente ont environ trois fois plus de risques de décéder avant un an que les enfants nés deux ans ou plus après une naissance antérieure (voir Graphique 9).
- *Age de la mère à la naissance :* Les enfants nés de mères âgées de 40 à 49 ans ont deux fois plus de risques de décéder avant un an que les enfants nés de mères âgées entre 20 et 39 ans. Les enfants nés de mères ayant moins de 20 ans courent aussi un risque de mortalité plus élevé.

Visites prénatales et assistance à l'accouchement

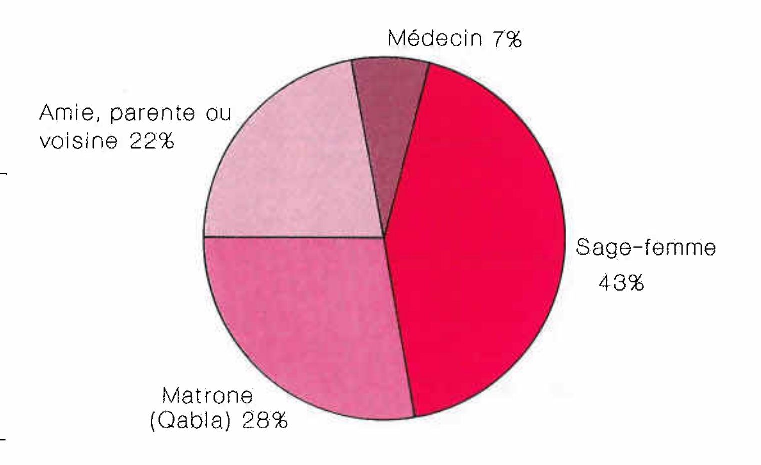
La surveillance médicale de la grossesse peut avoir une influence déterminante sur les chances de survie des enfants. Les mères de plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans résidant en milieu rural ne sont allées à aucune consultation prénatale. Les femmes sans instruction ont aussi souffert d'un manque de surveillance prénatale. Les résultats de l'enquête montrent que ce sont surtout les sages-femmes et les médecins qui assurent la plupart des consultations prénatales.

Un tiers seulement des enfants de moins de cinq ans est protégé contre le tétanos néonatal, maladie à risque de décès très élevé (qui pourrait cependant être évité) qui frappe les nouveaux-nés lorsque leur mère n'a pas été vaccinée contre le tétanos et lorsque le cordon ombilical n'a pas été sectionné et soigné de façon stérile. Les femmes des régions du Sud et du Centre Ouest et les femmes sans instruction sont celles qui auraient le plus besoin d'être vaccinées contre le tétanos car elles ont plus de risques d'accoucher sans surveillance médicale.

En milieu rural, la moitié des naissances dans les cinq années précédant l'enquête ont eu lieu sans assistance médicale.

En milieu urbain, pratiquement neuf naissances sur dix au cours des cinq années avant l'enquête ont eu lieu avec l'assistance d'une sage-femme qualifiée ou d'un médecin. Par contre, en milieu rural, c'est seulement la moitié des naissances de la même période qui ont eu lieu avec l'assistance médicale, alors qu'une naissance sur cinq a eu lieu avec assistance d'amies, parentes ou voisines — c'est-à-dire par des personnes qui n'ont ni la formation ni l'expérience des techniques d'accouchement (voir Graphique 10).

Graphique 10
ASSISTANCE DURANT L'ACCOUCHEMENT — FEMMES RURALES
(naissances survenues au cours des 5 années avant l'enquête)

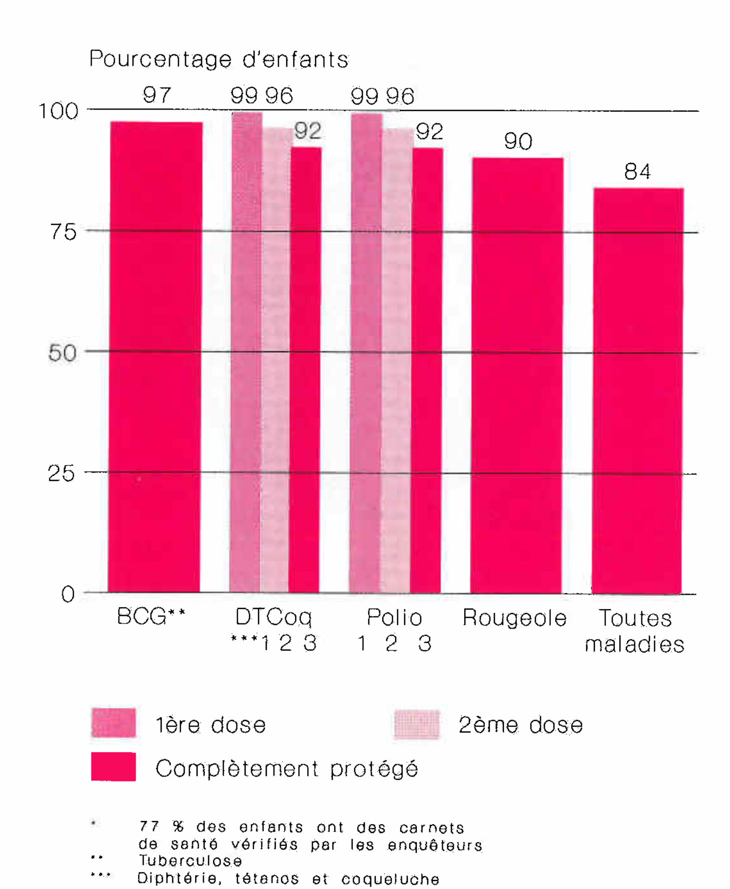


Tunisie EDS 1988

Allaitement maternel et santé de l'enfant

L'allaitement maternel a non seulement l'avantage de protéger la mère contre une nouvelle grossesse, mais surtout de contribuer à la santé de l'enfant et à son meilleur développement. Le lait maternel est la source

Graphique 11
COUVERTURE VACCINALE
*(pourcentage d'enfants âgés de 12–23 mois pour lesquels un carnet de santé a été obtenu)**



Tunisie EDS 1988

idéale de nutrition pendant la première année de la vie et contient les anticorps qui protègent l'enfant contre plusieurs maladies. L'allaitement intégral durant les quatre à six premiers mois contribue aussi de manière déterminante à la santé de l'enfant.

Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants tunisiens sont allaités par leurs mères pendant leurs cinq premiers mois de vie et la moitié pendant quinze mois.

Prévention des maladies infantiles

La vaccination contre les six maladies les plus graves de l'enfance à savoir la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole est un facteur clé pour améliorer les taux de survie des enfants. On a pu vérifier la couverture vaccinale pour 77 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois pour lesquels ont été obtenus des carnets de santé. Parmi les enfants qui avaient un carnet de santé, 84 pour cent avaient été vaccinés contre les six maladies (voir Graphique 11). La couverture vaccinale est la plus faible pour les enfants du milieu rural ou des régions du Nord Ouest et du Nord Est. Il est aussi plus fréquent que la protection soit moins complète pour les filles que pour les garçons. Les enfants résidant dans le Sud ont les taux de protection les plus élevés : ce résultat surprenant montre que les campagnes de vaccination intensives qui ont eu lieu dans cette région ont été efficaces.

Diarrhée

La diarrhée, qui est une cause principale de mortalité infantile, est très fréquente en Tunisie. D'après les déclarations des mères, 21 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont eu un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. On trouve plus de cas de diarrhée parmi les enfants âgés de 6 à 17 mois, parmi ceux qui résident en milieu rural ou dans les régions du Nord Ouest et du Centre Ouest, ainsi que parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction.

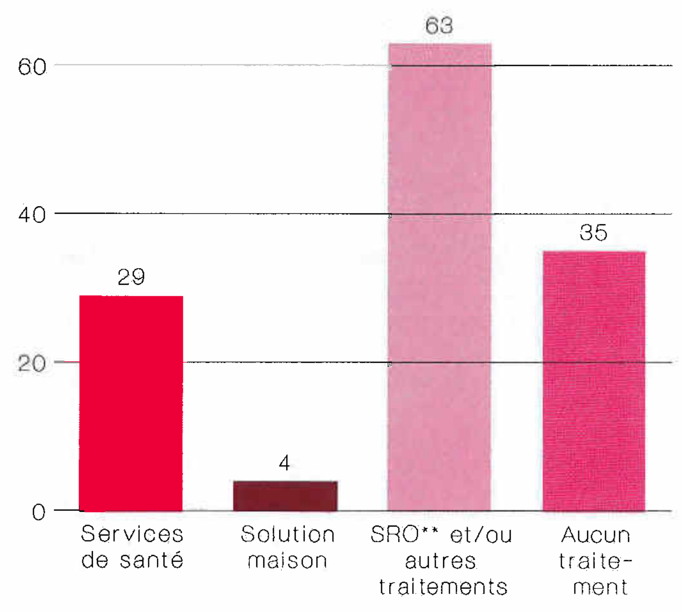
La diarrhée est un phénomène courant chez les enfants et plus d'un tiers des enfants qui en souffrent ne reçoivent aucun traitement.

Près des deux tiers des enfants qui ont eu la diarrhée ont reçu une certaine forme de traitement. Environ un tiers de ces enfants ont été soignés dans un centre médical (voir Graphique 12), mais plus du tiers d'entre eux n'ont reçu aucun soin. Les campagnes d'information sur le traitement de la diarrhée dans les dix dernières années ont eu un certain effet. Plus de la moitié des mères ont entendu parler de la Solution de Réhydratation Orale (SRO) qui est un traitement peu coûteux et qui permet d'éviter les décès dus à la déshydratation. Presque une femme sur dix avait un sachet d'oralyte (SRO) à la maison au moment de l'enquête.

Graphique 12

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS

*(enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête)**



*La somme des pourcentages dépasse 100 % en raison des réponses multiples

** Oralyte

Tunisie EDS 1988



CORPS DE LA PAIX/PICKERELL

Etat nutritionnel des enfants

L'EDS a recueilli les données anthropométriques des enfants de 3 à 36 mois pour évaluer leur état nutritionnel. On a trouvé que 18 pour cent de ces enfants souffraient de carences nutritionnelles modérées ou sévères — ils étaient plus petits par rapport à leur âge que la moyenne correspondante dans la population de référence internationale. Ces retards de croissance indiquent une malnutrition chronique. Ces résultats sont observés plutôt en milieu rural, où un enfant sur quatre souffre de retard de croissance, et parmi les enfants nés trois ans ou moins après une autre naissance (voir Graphique 13). On observe ces cas de retard de croissance plus souvent chez les enfants dont la mère n'est pas instruite et chez les enfants des régions du Sud, du Centre Ouest et du Centre Est que chez les enfants de mères instruites ou résidant dans les autres régions.

On peut observer des signes de malnutrition chronique moderée ou sévère chez un enfant sur cinq âgés de 3 à 36 mois.

CONCLUSIONS

L'Enquête Démographique et de Santé de 1988 en Tunisie montre qu'il y a eu des progrès considérables dans l'état de santé de la mère et de l'enfant au cours des dix dernières années : le taux de mortalité des enfants est le plus bas de toute l'Afrique du Nord tandis que le taux de prévalence de la contraception est le plus élevé de toute la région. On observe qu'en règle générale, les femmes tunisiennes sont bien informées sur les méthodes de contraception et sur les sources d'information et de services. La majorité des enfants sont vaccinés et de nombreuses mères ont entendu parler de la Solution de Réhydratation Orale.

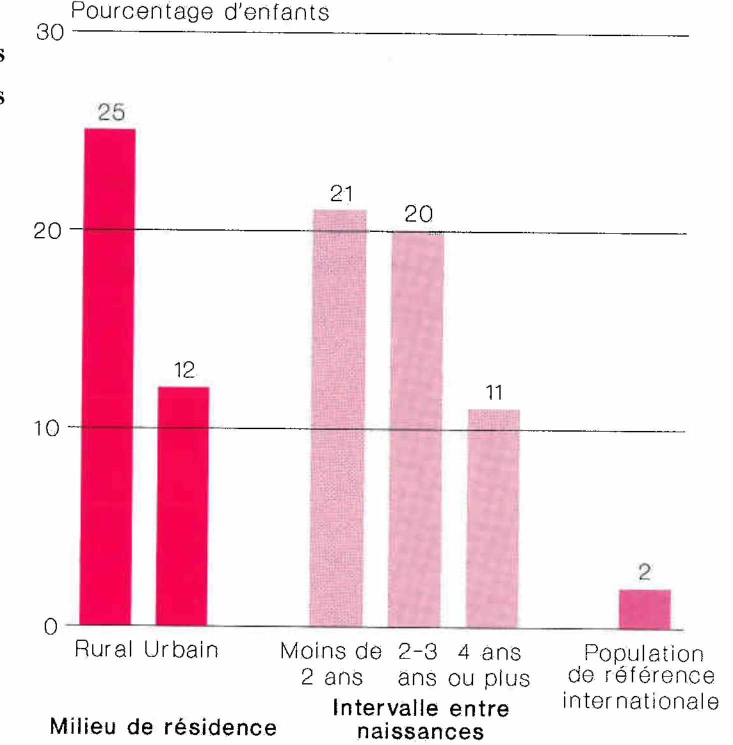
Mais l'enquête révèle aussi qu'il y a place pour des améliorations dans le domaine de l'éducation et de la qualité des services en matière de santé :

- Les femmes et les enfants du milieu rural et les femmes qui n'ont pas ou ont peu d'instruction sont particulièrement défavorisées en ce qui concerne la santé et l'accès aux services de santé et de planification familiale. S'il est vrai que les taux de scolarisation des filles sont en augmentation, il semble que peu de filles atteignent le niveau du secondaire. Un programme qui permettrait d'encourager les filles à aller à l'école et à poursuivre leurs études pourrait avoir un impact important à la fois sur la fécondité et sur la santé de la famille.
- Une augmentation de la scolarisation pourrait aussi contribuer à la réduction des grossesses chez les femmes de moins de vingt ans, qui non seulement ont une forte incidence sur la fécondité, mais qui sont également associées à une forte mortalité infantile et à d'autres problèmes économiques, sociaux et de santé.

Graphique 13

MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET L'INTERVALLE ENTRE NAISSANCES

(d'après les rapports taille-pour-âge calculés parmi les enfants âgés de 3–36 mois)



- Afin d'éviter les naissances non désirées, il est nécessaire de mieux informer et conseiller les couples pour qu'ils choisissent des méthodes qui leur conviennent, qu'ils les utilisent correctement et qu'ils puissent retourner là où ils les ont obtenues s'ils ont des problèmes ou des questions à poser.
- Il est nécessaire de mieux informer les parents sur l'importance de l'espacement des naissances quand on sait que les enfants nés dans un intervalle de moins de deux ans après une naissance courent des risques de mortalité ou de malnutrition plus élevés.

On peut également suggérer comme mesures à prendre dans le cadre de l'amélioration significative des chances de survie des enfants et de la santé de la mère, celles qui suivent :

- Elargir l'assistance médicale au cours de la grossesse et de l'accouchement et organiser des programmes de formation pour les sages-femmes destinés en particulier à mieux identifier et à mieux assister les femmes qui ont des grossesses à risque.
- Réaliser plus de programmes d'éducation des parents sur l'importance de l'utilisation de la Solution de Réhydratation Orale pour contrebalancer les effets de la déshydratation en cas de diarrhée.
- Encourager une amélioration de la nutrition des enfants par des programmes de promotion de surveillance de la croissance, des programmes d'éducation alimentaire et d'information sur les conséquences bénéfiques de l'allaitement, ainsi que des programmes de distribution alimentaire.


CORPS DE LA PAIX

TABLEAU DES PRINCIPAUX INDICATEURS

Institut National de la Statistique

Population totale (en millions) (1989)	7,9
Taux d'accroissement naturel (pour cent) (1988)	2,15
Temps de doublement de la population (en années)	32
Taux de natalité (pour mille) (1988)	27,6
Taux de mortalité (pour mille) (1988)	6,1

Enquête Démographique et de Santé en Tunisie, 1988

Taille de l'échantillon	
Femmes non célibataires de 15 à 49 ans	4 184
Caractéristiques de l'échantillon	
Pourcentage de femmes du milieu urbain	58,8
Pourcentage de femmes ayant un niveau d'instruction supérieur au primaire[1]	12,2
Mariage et autres déterminants de la fécondité	
Pourcentage de femmes actuellement en union	56,2
Pourcentage de femmes non célibataires	58,6
Age médian au premier mariage des femmes de 25 à 49 ans	21,1
Age médian à la première naissance des femmes de 25 à 49 ans	23,1
Durée moyenne d'allaitement maternel (en mois)[2]	15,5
Durée moyenne d'aménorrhée postpartum (en mois)[2]	7,2
Durée moyenne d'abstinence postpartum (en mois)[2]	1,8
Fécondité	
Indice synthétique de fécondité (ISF) (taille prévisible de la famille complète)[3]	4,3
Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 45 à 49 ans	6,7
Pourcentage de femmes actuellement mariées qui sont enceintes au moment de l'enquête	10,7

Désirs d'enfants

Pourcentage de femmes actuellement mariées :
- Qui ne veulent plus d'enfants (non compris les femmes stérilisées) — 45,8
- Qui voudraient retarder la prochaine naissance d'au moins deux ans — 21,3

Nombre idéal moyen d'enfants pour les femmes âgées de 15 à 49 ans — 3,5

Pourcentage de naissances non désirées[4] — 13,3

Pourcentage de naissances non désirées au moment où elles ont eu lieu[5] — 19,7

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées :
- Connaissant au moins une méthode — 99,2
- Connaissant une source d'approvisionnement — 96,3
- Ayant utilisé au moins une méthode — 68,2
- Utilisant actuellement une méthode — 49,8
  - DIU — 17,0
  - Stérilisation féminine — 11,5
  - Pilule — 8,8
  - Abstinence périodique — 6,3
  - Retrait — 2,4
  - Condom — 1,3
  - Injection — 0,8
  - Autres méthodes — 1,7

Pourcentage de contraceptrices ayant obtenu la méthode auprès de :
- Hôpital public/maternité/Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) — 30,7
- Centre Régional de l'Education et du Planning Familial (CREPF de l'ONFP) — 27,0
- Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)/ dispensaires) — 18,3
- Médecin privé/sage-femme/clinique — 8,8
- Pharmacie — 13,6
- Autre — 1,5

Mortalité et santé

Taux de mortalité infantile[6] — 50,4

Taux de mortalité infantile et juvénile[6] — 65,2

Pourcentage de mères ayant eu récemment une naissance :[7]
- Avec visite prénatale pendant la grossesse — 57,7
- Vaccinées contre le tétanos pendant la grossesse — 33,1
- Assistées à l'accouchement par un docteur ou une sage-femme/infirmière qualifiée — 69,0

Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 1 mois encore allaités — 96,5

Pourcentage d'enfants âgés de 4 à 5 mois encore allaités — 85,0

Pourcentage d'enfants âgés de 10 à 11 mois encore allaités — 59,8

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels on a obtenu un carnet de santé — 70,1

Pourcentage d'enfants âgés de 18 à 23 mois pour lesquels on a obtenu un carnet de santé — 76,6

Pourcentage d'enfants âgés de 18 à 23 mois pour lesquels on a obtenu un carnet de santé :
- Ayant été vaccinés contre le BCG — 96,0
- Ayant été vaccinés contre DTCoq (3 doses) — 93,4
- Ayant été vaccinés contre la polio (3 doses) — 93,0
- Ayant été vaccinés contre la rougeole — 91,7
- Ayant été vaccinés contre les six maladies — 84,7

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec diarrhée[8] — 20,7

Pourcentage d'enfants avec diarrhée traitée — 65,4

Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 36 mois considérés comme souffrant modérément ou sévèrement de malnutrition chronique d'après le rapport taille-pour-âge — 18,2

Pourcentage d'enfants âgés de 3 à 36 mois considérés comme souffrant modérément ou sévèrement de malnutrition aiguë d'après le rapport poids-pour-taille — 3,1

[1] 6 ans ou plus d'instruction

[2] Estimée sur les naissances survenues dans les 36 mois précédant l'enquête

[3] A partir des naissances qu'ont eues les femmes de 15-49 ans durant la période de 0-4 ans avant l'enquête

[4] Pourcentage des naissances dans les 12 mois ayant précédé l'enquête qui n'étaient pas désirées

[5] Pourcentage des naissances dans les 12 mois avant l'enquête qui auraient été préférées plus tard

[6] Les taux se rapportent à la période de 5 ans avant l'enquête (environ 1983-1987)

[7] A partir des naissances qui se sont produites dans les 5 ans avant l'enquête

[8] A partir des déclarations des mères sur leurs enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête